UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES MYOMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1922

PAR

Douchan LEKITCH

Né à Uskub (Serbie), le 15 décembre 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MEDECINE)

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *président.*
DE ROUVILLE, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES MYOMES UTÉRINS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
		TEDENAT.
Clinique chirurgicale		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
		GAUSSEL.		ETIENNE.
		EUZIERE.		LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie		MESTREZAT	Physique	PECH

Examinateurs de la thèse:

MM TEDENAT, professeur, *président.*	MM. LAPEYRE, agrégé.
De ROUVILLE, professeur.	RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

D. LEKITCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

D. LEKITCH.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES MYOMES UTERINS

INTRODUCTION

La suppuration avec abcès de volume notable est rare dans les fibromes de l'utérus. Dans sa thèse, Guéry en rapporte quatre-vingt-quatorze observations, parmi lesquelles le plus grand nombre est relatif à des abcès survenus dans les myômes au cours de la grossesse ou du post-partum. Guyosat, Hartmann et Mignot ont, de leur côté, en 1896 et 1899, apporté une contribution à l'étude des myômes suppurés.

Depuis 1900, un certain nombre d'observations ont été rapportées. Elles sont cependant peu nombreuses. Signalons celle de Vautrin, Gross, Michel et Hoche en 1908; celle de Hall en 1909; de De Martigny en 1909, de Michon et Auvray en 1909, de Schumann en 1910; l'étude de Michon parue en 1910 dans la *Gynécologie;* les observations de Vineberg en 1912, et celle de Gaerlinger et Tilmant en 1910.

Mais, somme toute, la littérature est assez pauvre en observations de ce genre.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tédenat cinq observations, que nous plaçons au début de ce travail. Nous les prendrons comme base d'une étude sur la suppuration des myômes utérins, considérée au point de vue étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique, clinique, diagnostique et thérapeutique.

Nous n'envisagerons dans cette étude que la suppuration primitive, c'est-à-dire celle qui survient dans un fibrome qui n'est pas le siège de sphacèle ou de putréfaction, quelle qu'en soit l'origine.

OBSERVATIONS

(Inédites)

Dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Observation Première

(Myôme suppuré au cours d'une grossesse)

Femme de 35 ans. Arrivée à l'hôpital de la Charité de Lyon, service de Laroyenne, le 10 janvier 1877. Elle est en travail depuis quarante-huit heures. La palpation révèle une grosse masse molle au fond de l'utérus. M. Fochier fait une application de forceps au détroit supérieur. Enfant vivant. Hémorragie peu abondante, délivrance rapide. Irrigation vaginale matin et soir. L'utérus reste gros, *son fond est coiffé par une masse arrondie.* Trois jours après, frisson; la température reste élevée pendant cinq jours. On note alors une tumeur arrondie, fluctuante, saillante à travers le col, tandis que le fond de l'utérus reste élevé, toujours coiffé d'une masse du volume des deux poings. Fochier diagnostique: myome saillant du col. Il incise en vue de l'énucléation. Il s'écoule un grand verre de pus fétide. La malade succombe cinq jours plus tard, de septicopyohémie.

L'autopsie montra que l'abcès s'était développé dans un gros myôme implanté sur le fond de l'utérus, où il

s'attachait *par un pédicule* long de 3 centimètres et un peu plus épais qu'il n'était long .

Observation II

(Myôme suppuré au cours d'une grossesse)

Femme de 42 ans, dans les antécédents de laquelle on trouve un accouchement normal à l'âge de 23 ans; un avortement du quatrième mois à l'âge de 27 ans.

Les règles, abondantes, durent huit à dix jours.

Elle entre à l'hôpital de la Charité de Lyon, le 21 février 1877, au milieu du sixième mois d'une grossesse. Elle raconte qu'il y a quinze jours, dans une chute du haut d'une chaise, elle s'est contusionné le ventre et a. deux heures après, perdu du sang et surtout de l'eau. Elle a pris alors des injections et depuis son accident elle a eu, à deux reprises, un violent frisson, avec vomissements et douleurs violentes dans l'abdomen et les lombes.

A son entrée, facies péritonéal. Pouls: 120. Température. 38°9. Par le col mou s'échappe le pied droit. La-royenne pratique l'évacuation de l'utérus. Placenta piqueté de pus. Malgré des irrigations répétées quatre fois par jour, la malade succombe au dixième jour.

A l'autopsie, myôme interstitiel du volume de deux poings, portant, à la partie centrale, un abcès du volume d'un gros œuf de poule. Sur la coupe du myôme, quelques îlôts purulents. Caillots gris purulents dans le sinus veineux.

Observation III

(Recueillie par M. Vennes, interne du service)

Enorme fibrome (5.250 grammes) suppuré de l'utérus, en dehors de tout état de gestation et de toute manœuvre intra utérine. — Excision en grande partie sous-capsulaire. — Guérison.

C. S..., âgée de 44 ans, de Cette, entre le 21 janvier 1906 dans le service de M. le professeur Tédenat, pour une tumeur abdominale datant de huit ans.

Il y a treize ans, le docteur Bermont adressa la malade à M. Tédenat, pour un gros *kyste mixte dermo-mucoïde suppuré* de l'ovaire droit.

Depuis un mois, la malade était en proie à une fièvre intense, avec frissons répétés, vomissements. Etat général précaire, pâleur accusée, amaigrissement. L'opération de ce kyste fut rendue pénible à cause des adhérences nombreuses. Mais la guérison fut rapide, et la cicatrisation se fit par première intention.

A noter encore, dans ses antécédents, une menstruation établie à 14 ans. Dès ce moment, perte de sang pendant huit à dix jours à chaque période, avec caillots à partir de l'âge de 25 ans, mais sans douleurs, sans leucorrhée. *Jamais de grossesse.*

Il y a huit ans, Mme S..., qui, depuis l'opération de son kyste, s'était bien portée, constata une augmentation progressive de son ventre, qui subit un accroissement très marqué dans les cinq ou six derniers mois, amenant de la pesanteur lombo-abdominale. Depuis le début de l'affection, métrorragies de plus en plus abondantes, et progressivement pollakiurie. Douze à quinze mictions par jour. Six mictions la nuit.

Depuis cinq à six semaines, le tableau s'est compliqué de frissons fréquents, avec une température vespérale de 39°5. Actuellement, le facies est terreux, les traits sont tirés; le pouls bat à 110-120. Sur l'abdomen distendu, on voit la cicatrice médiane, solide de la laparotomie faite par M. Tédenat il y a treize ans. A la palpation, on sent une tumeur qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Son pôle supérieur, volumineux, distend l'hypochondre droit, la tumeur remplit toute la zone sous-ombilicale et forme dans le cul-de-sac vaginal droit une saillie du volume d'un gros poing. Elle est dure, finement bosselée, avec des îlots fluctuants au moins en plusieurs points de sa surface. Elle adhère en bas et aussi en dehors. De sa partie moyenne part une traînée, large corde noduleuse, par place élargie, qui semble être l'épiploon adhérent.

A son entrée, la malade rendait de 300 à 400 grammes d'urine en dix-huit ou vingt mictions, avec 5 à 6 grammes d'urée. Grâce à de petits lavements salés à garder, répétés plusieurs fois dans la journée, au bout de six jours, l'urine arrive à être émise à 1.500 cc. et 1.800 cc., avec 10 à 12 grammes d'urée. Le pouls est meilleur, le facies moins terreux. La température est à 38°5, 38°9 le soir, notoirement moins élevée depuis qu'on administre quatre lavements à garder par jour.

Opération le 5 mars 1906, avec le diagnostic: gros myome inclus.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine pariétal adhère à l'épiploon et à la tumeur très dure, dont la partie supérieure arrondie remplit l'hypocondre droit. Elle est dégagée péniblement au tire-bouchon appliqué sur sa partie moyenne, et on ne peut que faiblement l'attirer, tant elle adhère. De

fortes adhérences au grand épiploon sont sectionnées. Mais une difficulté surgit. L'S iliaque passe en sautoir sur la partie antéro-interne de la tumeur. Dans ces conditions, et pour éviter la déchirure de l'intestin, M. Tédenat incise la capsule et décortique la tumeur sans trop de peine. L'ablation peut en être alors pratiquée.

De la partie centrale de la tumeur s'écoulent environ deux litres de pus d'odeur fécaloïde. En dedans, la capsule adhère à la vessie. Il est impossible d'exciser la capsule sans s'exposer à faire courir de graves risques à l'intestin et à la vessie. On marsupialise. Deux gros drains sont placés dans la poche et sortent par la partie moyenne de l'incision.

L'opération est bien supportée. Suites opératoires simples, sauf au quatrième jour la formation d'une fistule pyostercorale fermée au bout de six jours. Au huitième jour, ablation des points de suture. Réunion parfaite, sauf bien entendu au niveau du passage des drains, où s'établit une fistule par laquelle s'éliminent des débris sphacéliques et du pus pendant trente-deux jours, l'opérée étant d'ailleurs apyrétique et mangeant de bon appétit.

Elle quitte l'hôpital le 20 avril.

Revue deux mois plus tard, elle avait gagné dix kilos, avait de belles couleurs, une solide cicatrice, aucun malaise.

L'examen de la poche contenant le pus avait montré des parois irrégulières, déchiquetées. Tout autour, le tissu était de couleur jaune, avec un piqueté hémorragique et de consistance dure.

Le pus contenait du staphylocoque et de nombreux colibacilles. Il est probable que l'infection du gros myome provenait de l'S iliaque, fortement adhérent à la tumeur.

Observation IV

Myôme pesant 2.300 gr. à long pédicule, et adhérent à l'appendice et au cæcum. Poche centrale contenant un grand verre de pus fétide à nombreux colibacilles. Excision du myôme. — Guérison.

J. B..., 33 ans, sans antécédents morbides, bien constituée. Réglée à l'âge de 12 ans, régulièrement; règles durant quatre à cinq jours. Mariée à 19 ans.

Accouchement normal et sans suites pathologiques à 21 ans.

A partir de l'âge de 25 ans, les règles deviennent plus abondantes, mêlées de caillots, durant huit à dix jours, sans leucorrhée, sans douleurs. Il y a deux ans, le docteur Renaud constata l'existence d'une tumeur utérine et adressa la malade à M. Tédenat, le 3 mai 1904. Il s'agit d'un myôme du volume de deux poings, faisant une forte saillie sur le flanc droit de l'utérus, et qui présente plusieurs bosselures du volume d'une noix à celui d'un petit œuf.

M. Tédenat conseille une intervention chirurgicale, les médications antérieures (ergotine, hamamélis, ferrugineux, injections chaudes) n'ayant donné aucun résultat.

La malade entre à la maison de santé le 5 novembre 1904. Elle est beaucoup plus souffrante depuis deux ou trois mois, et a eu *une poussée de péritonite localisée vers la fosse iliaque droite,* avec des nausées, des douleurs vives et à plusieurs reprises, dans la première quinzaine d'octobre, la température a atteint 39°8, le pouls 120.

Actuellement, l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic. Une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme fait saillie dans la fosse iliaque droite, où ont été localisées

les douleurs les plus vives, qu'une légère pression exacerbe.

Urine 1.200 centimètres cubes environ, avec 10 à 14 grammes d'urée. Huit à dix mictions par vingt-quatre heures. Plusieurs crises dysentériformes, il y a cinq semaines.

8 *novembre* 1904. — Sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, laparotomie médiane sous-ombilicale. Une grosse tumeur (1.250 grammes) occupe la fosse iliaque droite. A sa face antérieure adhère le grand épiploon rouge, à vaisseaux dilatés. Le cœcum est refoulé en arrière et en dehors. Section de l'épiploon après placement de trois anses de ligatures au catgut. Le bloc myomateux est attiré. Il adhère au cæcum, dont il est décollé à petits coups par les doigts coiffés d'une compresse. L'appendice, très adhérent est sectionné après ligature. Le myôme est rattaché à l'utérus par un pédicule long de 5 centimètres, large de 2 centimètres.

Amputation de l'utérus et des annexes droites (pyosalpinx du volume d'un œuf de poule). Les annexes gauches saines sont conservées. Suture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires sans incidents. Points de suture enlevés le dixième jour. Réunion parfaite. La malade rentra chez elle le 7 décembre, c'est-à-dire vingt-neuf jours après l'opération en excellent état local et général.

La tumeur adhérente à la fosse iliaque, au cæcum et surtout à l'appendice pesait 1.250 grammes.

A l'incision, on évacue un abcès contenant 250 grammes de pus à colibacilles. Après lavage de la cavité de l'abcès, irrégulière, déformée, de surface rouge et lisse, la poche pesait encore 1.000 grammes.

L'infection venait-elle du cæcum ou de l'appendice ? L'appendice était rouge, très adhérent au myome et con-

tenait une cuillerée à café de pus fétide. Il est moins probable que l'infection soit venue du pyosalpinx placé en arrière et entouré d'adhérences épaisses.

Observation V

Myôme utérin de 1.800 gr. inséré par un pédicule du volume et de la longueur d'un gros pouce sur la face postérieure du l'utérus et adhérent à un pyosalpinx droit. Section du pédicule du myôme qui est énlevé avec le pyosalpinx. Hystérectomie niveau de l'isthme. Guérison rapide. (Observation recueillie par le docteur Dusser.

Mme L. P..., 38 ans, réglée à 15 ans, mariée à 24 ans. Accouchements à 26 et 28 ans. Avortement au cinquième mois à 30 ans. Les règles qui duraient quatre à cinq jours, durent huit à neuf jours depuis cet avortement, avec des caillots et quelques douleurs lombo-sacrées. Quelques pertes blanches.

Le 10 février 1906, la malade fait appeller le docteur Dusser pour des douleurs lancinantes dans le ventre, avec nausées. Pendant huit jours, malgré le repos au lit, des enveloppements humides du bas-ventre, les douleurs persistent, avec des nausées, du ballonnement. La température atteint à plusieurs reprises 39°5.

Cet orage péritonitique calmé, le docteur Dusser constate une tumeur qui arrive au voisinage de l'ombilic et fait saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Le 25 février, la malade entre à la clinique de M. le professeur Tédénat.

Diagnostic. — Myôme utérin refoulant le corps de l'utérus en avant et à gauche, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur dont l'exploration digitale est douloureuse.

4 *mars.* — Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Lapa-

rotomie médiane sous-ombiliçale. L'épiploon adhère à la face antérieure de l'utérus près du fond. Il est sectionné, après ligature en chaîne. Alors apparaît un gros fibrome gris blanc, piqueté de rouge, qui déborde par en haut de 8 à 10 centimètres le fond de l'utérus notablement augmenté de volume. Ce myôme s'attache à la face postérieure de l'utérus près du col par un pédicule ayant les dimensions d'un gros pouce et légèrement tordu. Le pédicule est sectionné. Un gros pyosalpinx droit est évacué (100 gr. de pus). Amputation de l'utérus au niveau de l'isthme. Conservation des annexes gauches saines.

Guérison sans autre incident que l'obligation d'évacuer la vessie avec la sonde pendant trois jours. Réunion parfaite.

Le myôme avait un poids total de 1.800 grammes. En sa partie centrale, abcès du volume d'un œuf de poule, à parois lisses et tomenteuses. Un autre abcès dans la partie antérieure du volume d'une noisette.

A noter une large et molle adhérence de la partie postéro-latérale du myome avec le pyosalpinx. Entre l'abcès intra-myomateux et la cavité du pyosalpinx, la paroi mitoyenne était épaisse de 4 à 10 centimètres suivant les points. Il est probable que c'est par cette cloison que l'infection s'était propagée de la trompe au fibrome.

ETIOLOGIE

L'étude de l'étiologie des myômes suppurés comprend :

1° L'étude des causes efficientes ;
2° L'étude des causes favorisantes.

1° Causes efficientes. — Elles sont représentées par le microbe. Sans doute, tous les pyogènes sont capables ici, comme ailleurs, de produire une suppuration plus ou moins abondante. Mais incontestablement trois agent doivent prédominer :

a) Le streptocoque ;
b) Le colibacille ;
c) Le staphylocoque.

Le streptocoque doit certainement se rencontrer surtout chez les accouchées et chez les avortées. C'est le microbe de l'infection puerpérale. Ce doit être vraisemblablement aussi celui qui provoque la suppuration des myômes dans le post partum et le post abortum. La gravité de cette complication, ainsi que l'indiquent les observations I et II sont en accord avec la virulence bien connue du microbe en chaînettes. Mais il est des pyosalpinx à streptocoques qui pourront être à l'origine d'abcès myomateux.

Le colibacille et le staphylocoque se rencontrent dans les myômes suppurés en dehors de la grossesse.

C'étaient eux qui, par exemple, étaient en cause dans l'observation IV ; le colibacille seul, fut trouvé dans le pus de la malade de l'observation V ; le voisinage des anses intestinales, l'adhérence fréquente de certaines parties de l'intestin avec la tumeur myomateuse suffit à expliquer la présence de colibacilles dans les abcès myomateux.

Le colibacille a été rencontré par Raymond. Hartmann et Mignot ont signalé des anaérobies.

Quant au gonocoque, on ne le trouve pas signalé.

2° Causes favorisantes. — Les microbes ne peuvent agir que si certaines causes favorisantes interviennent pour faciliter leur mode d'action.

Dans une première série de faits, il convient de placer *le rôle de l'accouchement ou de l'avortement*. L'expulsion du délivre laisse sur l'utérus une plaie placentaire qui est toute prête pour permettre, voire favoriser le passage des microbes dans la paroi utérine. Ainsi s'explique la fréquence des abcès myomateux survenant chez les accouchées ou les avortées. Il y a là une disposition locale essentiellement favorisante, aidée aussi par l'état général qui, surtout au cours d'un avortement, pourra ne pas mettre en œuvre tous les moyens de défense dont dispose un organisme normal. D'autre part, les fibromes subissent pendant la grossesse des modifications qui peuvent favoriser leur infection.

Dans une deuxième catégorie se placent les causes favorisantes tenant (en dehors d'un accouchement ou d'un avortement) à des dispositions locales au niveau du myôme.

a) Par relations plus ou moins étroites avec des organes normalement habités par des microbes. Appendice, gros intestin, et dans certains cas, pyosalpinx comme nous en rapportons des exemples dans les observations de M.

le professeur Tédenat. On comprend que l'exaltation de virulence des germes contenus dans ces organes favorisera grandement l'infection du myôme voisin.

b) Par disposition du myôme lui-même.

Tel myome sous-muqueux sera plus facilement infecté par un germe à point de départ utérin, qui respectera un fibrome sous-séreux. Mais un fibrome sous-séreux sera plus facilement la proie de l'infection venue d'un pyosalpinx, d'un appendice enflammé, ou d'une anse sigmoïde où les matières en rétention exaltent la virulence de leurs hôtes habituels.

Enfin l'implantation du fibrome lui-même sur la paroi utérine ne doit pas être indifférente : un *fibrome pédiculé* susceptible de mouvements étendus dans la cavité pelvienne, susceptible par torsion même légère de son pédicule de provoquer une gêne circulatoire dans la masse de la tumeur, se défendra incontestablement moins bien contre l'infection. Dans trois de nos observations sur cinq, soit plus de la moitié, la masse myomateuse était pédiculée.

c) Par dégénérescence œdémateuse ou calcaire favorisant l'infection.

Mais quoiqu'il en soit, la suppuration primitive d'un myôme est rare. Ainsi, comme le rapporte Guéry, une statistique de Martin parue dans le *Bulletin de la Société belge d'obstétrique* de décembre 1896, donne sur 201 fibromes, 60 dégénérescences diverses et seulement 10 suppurations. De même des 94 observations de Guéry, il n'en faut retenir que 47. Dans tous les autres la suppuration n'est apparue que secondairement dans des masses myomateuses sphacélées.

La suppuration des fibromyomes est particulièrement fréquente de 25 à 35 ans. Mais elle peut se rencontrer

bien au-delà de ces limites et si la plus âgée de nos malades avait 44 ans, la malade de Carter (obs. XX de Guéry) était âgée de 69 ans, la malade de Moustin de 67 ans (obs. I de Guéry).

L'âge du fibrome au moment de la suppuration est variable, puisque cette suppuration est sous la dépendance d'une infection à point de départ variable. Ainsi, dans notre observation III, les signes de fibrome dataient de huit ans quand la suppuration s'est installée; ils étaient également anciens de plusieurs années dans l'observation IV. Dans le cas de Hartmann, le fibrome datait de 15 ans; dans celui de Carter, il datait de quarante ans.

Grâce à l'intervention des microbes, grâce à des dispositions spéciales favorisantes, l'infection va gagner le myôme. Par quelle voie? Quelle est en un mot la pathogénie des abcès myomateux primitifs?

PATHOGENIE

La cause déterminante de la suppuration peut être un traumatisme (observation II) ouvrant la porte à l'agent infectieux. On comprend que c'est dans le sens d'un véritable traumatisme qu'agiront l'accouchement ou l'avortement, qu'agira aussi une intervention malencontreuse (ponction, le trocart traversant une région septique). Mais en dehors de ces cas où l'infection est apportée en quelque sorte directement au fibrome, l'infection peut se propager par des voies différentes.

1° *L'infection préexiste dans le fibrome.* — C'est une théorie qui s'appuye sur l'origine inflammatoire des fibromes. D'après André Claisse « pour les fibromes où la suppuration débute par le centre de la tumeur, la transformation purulente ne serait que la terminaison ultime du développement du fibrome, dont une inflammation périvasculaire est le stade initial » (Guéry).

Il est plus conforme aux idées actuelles, d'admettre que le plus souvent l'infection des fibromes est d'origine extra-tumorale, et qu'elle se propage à la tumeur par voie muqueuse, sanguine ou lymphatique.

2° *L'infection vient de l'utérus.* — Cette origine est plus particulièrement possible en dehors de l'accouchement ou de l'avortement où elle est manifeste, dans des

cas de fibromes sous-muqueux siégeant sur un utérus atteint d'endométrite. Les agents microbiens passent par une véritable migration de proche en proche de la cavité utérine dans la tumeur.

La voie sanguine ou lymphatique sera plus vraisemblable pour les myômes interstitiels ou sous-séreux.

3° *L'infection vient des annexes.* — Notre observation V en est un bel exemple. Une large et molle adhérence unissait le myôme au pyosalpinx. Entre l'abcès myomateux et la cavité du pyosalpinx, la paroi mitoyenne était épaisse de 4 à 10 centimètres suivant les points. Il est probable comme y insiste M. le professeur Tédenat, que c'est par cette cloison que l'infection s'était propagée de la trompe au fibrome.

4° *L'infection vient de l'intestin.* — C'est parfois l'S iliaque qui est en cause (observation III), parfois le cæcum ou l'appendice (observation IV).

5° *L'infection du myome est secondaire à une infection générale.* — Processus *a priori* possible, mais non vérifié.

Enfin, il faut savoir que, dans certains cas, l'origine de l'infection est très obscure (observation de Michon).

« Dans ces cas de fibromes suppurés qui ne se révèlent par aucun symptôme réactionnel et qui ne sont peut-être qu'une transformation insensible du liquide des géodes des tumeurs fibreuses en dégénérescence œdémateuse, on peut se demander si on n'est pas en présence d'abcès chroniques aseptiques et amicrobiens analogues à ceux décrits par Lemière et Mauclaire pour les kystes hydatiques du foie, certains abcès dysentériques de la glande hépatique, certains bubons, certaines arthrites et certaines salpingites suppurées » (Guéry).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nos observations ne nous donnant que des renseignements insuffisants au point de vue anatomo-pathologique, nous empruntons à Guéry les notions qui vont suivre.

Guéry admet deux groupes de faits suivant que la suppuration commence au centre du fibrome, ou dans la capsule périphérique.

« 1° Suppuration a début au centre du fibrome. — H. Cornil a étudié longuement un cas de fibrome gravidique dégénéré; c'est un myôme ramolli, creusé de géodes ou cavités anfractueuses de 1 à 2 centimètres, contenant un liquide muqueux épais, blanchâtre, poisseux, et ayant des parois décolorées. Ce liquide renferme quelques globules rouges, des globules blancs avec de fines granulations graisseuses, enfin des fibres musculaires libres ou unies bout à bout. En somme, foyers de ramollissement des faisceaux musculaires avec des fibres hypertrophiées et granulo-graisseuses, dissociées par des globules blancs et des corps granuleux chargés des produits de leur désintégration.

» A côté de ces géodes, il y a des îlots mortifiés, entourés d'une zone où l'on voit un grand nombre de globules blancs et de corps granulo-graisseux.

» Au contraire, par place, le tissu musculaire du fibrome

est en activité nutritive : probablement le plus grand nombres des faisceaux musculaires du fibrome subissent pendant la grossesse la même hypertrophie que le reste de la paroi utérine...

» Sur un fibrome ainsi désagrégé par une nécrose centrale la moindre infection surajoutée transforme en masse purulente la tumeur sphacélée.

» Ces foyers purulents sont ou circonscrits ou diffus : plus souvent circonscrits en un lobe du fibrome, ils s'entourent d'une capsule pyogénique, et subissent une évolution et une terminaison analogues à celles que nous allons décrire tout à l'heure pour les suppurations à début périphérique.

» Le même processus s'applique aux fibromes kystiques suppurés » (Guéry).

« 2° Suppuration a début dans la capsule du myome. — Les agents pathogènes sont partis de la muqueuse utérine, qui est fortement altérée à l'examen histologique (épithélium aplati, infiltration leucocytaire abondante dans la couche sous-épithéliale et cessant au niveau des culs-de-sac glandulaires) : ils ont suivi les vaisseaux et particulièrement les vaisseaux lymphatiques, comme le montre l'infiltration embryonnaire sur leur trajet.

» Au niveau de la capsule du fibrome, l'infiltration leucocytaire est si abondante qu'il y a là une véritable nappe purulente enveloppant des vaisseaux thrombosés.

» Pendant que le fibrome est envahi à sa périphérie par l'inflammation, son centre privé de ses moyens de nutrition se nécrose, puis la nécrose gagne par voie centrifuge tout le fibrome, tandis que l'inflammation par voie centripète, partie de la capsule et suivant le tissu conjonctif entre les lobules, vient infecter le tissu nécrosé. A la fin, toute la masse fibreuse forme un magma putrilagineux suppuré et infecté.

» Cette suppuration de la capsule peut rester localisée à une partie : plus souvent elle gagne toute la périphérie du fibrome » (Guéry).

La tendance naturelle du fibrome suppuré sera l'évacuation de la poche qui pourra s'effectuer soit dans un organe voisin, soit par perforation de la paroi abdominale.

ETUDE CLINIQUE

L'étude des symptômes du myôme suppuré doit être envisagée :

1° Au cours de la grossesse ;
2° En dehors de tout état de gestation.

1° *Tableau clinique d'un myôme suppuré au cours de la grossesse.* — Ce tableau nous est fourni par nos observations I et II. Tantôt la grossesse est en cours (obs. II), tantôt la grossesse est arrivée à terme, et l'accouchement se fait : sous l'influence de causes occasionnelles l'infection se produit.

Pendant une première phase (véritable période d'incubation), le myôme ne se manifeste que par des signes physiques banaux : il est ramolli comme tous les tissus utérins durant l'état de gestation. Rien ne permet encore de soupçonner l'infection, lorsque bientôt apparaît le frisson suivi d'une élévation de température (obs. I). Souvent à ces signes fonctionnels s'ajoutent les signes d'une infection péritonéale des plus manifestes. Pouls rapide, ventre rétracté, vomissements verts, facies péritonéal (obs. II).

Par le toucher combiné on sent quelquefois une masse de position variable, pouvant faire saillie au col .La consistance mollasse de cette masse, la notion d'un fibrome préexistant pourrait faire soupçonner la présence d'un

abcès dans le myôme. A vrai dire, c'est le tableau d'une infection, mais sans signes suffisamment caractéristiques pour établir un diagnostic. De fait dans nos deux observations le diagnostic n'avait pas été fait.

L'évolution se marque par une intoxication de plus en plus forte de la malade, intoxication facilitée par la faiblesse qui accompagne l'état de gestation.

2° *Tableau clinique d'un myôme suppuré en dehors de tout état de gestation* (observations III, IV, V). — Pendant plus ou moins longtemps, le myôme ne manifeste sa présence que par ses signes habituels. Hémorragies puis métrorragies avec pertes blanches entre les pertes rouges. Peu de signes généraux, si ce n'est parfois un peu de faiblesse ou d'amaigrissement. Ces symptômes banaux peuvent être durables (huit ans dans notre observation III). Mais comme tout myome, la tumeur qui va suppurer peut subir de brusques accroissements.

A la phase d'infection, le tableau clinique change et se caractérise d'abord et avant tout par des signes fonctionnels. Soit brusquement, soit insidieusement, des douleurs abdominales s'installent, d'abord peu intenses, puis très violentes et généralisées. La température s'élève le soir à 39°, 39°5 ou 40°. Des frissons violents secouent la malade à plusieurs reprises dans la journée. Les nausées suivies ou non de vomissements qui, parfois, deviennent, porracés, un pouls qui s'accroît en fréquence, et diminue en amplitude, un facies terreux, aux traits tirés, aux yeux excavés, au nez pincé, complètent ce tableau de poussée péritonéale que confirment les signes physiques.

L'abdomen est distendu par la tumeur, et dur. Les muscles sont en état de vigilance. La palpation délimite plus ou moins aisément les contours du myome, en apprécie le

volume et la consistance, dépiste les points douloureux plus particulièrement marqués, indiquant une appendicite ou une annexite concomitante.

Au toucher, on complète les renseignements fournis par la palpation. On pourra, dans certains cas, trouver par endroits des îlots fluctuants qui nous paraissent devoir aiguiller le diagnostic vers la possibilité d'une suppuration du fibrome (obs. III).

Mais aucun signe n'est vraiment pathognomonique : on se trouve en présence d'une péritonite coïncidant avec une tumeur reconnue ou non pour un fibrome.

Enfin, dans certains cas les phénomènes généraux sont très intenses avec un fibrome de petit volume, méconu : la suppuration de la tumeur est alors une trouvaille opératoire ou une trouvaille d'autopsie.

L'évolution se fait en effet vers une issue fatale à moins qu'une intervention appropriée ne vienne supprimer abcès et tumeur, ou que le pus ne trouve une voie de dégagement en se déversant après avoir rompu sa paroi, soit dans un organe voisin, soit à l'extérieur en traversant la paroi abdominale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est des plus difficiles. Il est rarement posé.

Au cours ou à la fin de la grossesse il se basera sur la notion de fibrome préexistant et de phénomènes infectieux apparaissant plus ou moins précocement soit au cours du travail, soit après la délivrance.

C'est encore à la notion de phénomènes infectieux apparaissant au cours de l'évolution d'un fibrome jusque là sans histoire, que le clinicien pourra aiguiller son diagnostic vers la possibilité d'un abcès myomateux.

A la vérité, le diagnostic différentiel est des plus délicats, d'autant qu'en dehors de la grossesse, la suppuration s'associe fréquemment à l'infection d'organes voisins (appendice, annexes).

1° *Pendant la grossesse,* il faudra éliminer l'*infection puerpérale,* diagnostic qui peut être impossible, car le fibrome est mou pendant la grossesse. Les signes physiques montrant un fibrome en saillie sur l'utérus ou dans la cavité utérine, sa consistance molle pourront faire soupçonner sa suppuration. Elle pourra passer inaperçue au milieu des phénomènes généraux intenses qui la masquent.

Signalons le diagnostic du fibrome suppuré avec *une grossesse gémellaire à fœtus mort et macéré* (obs. 93 de

Guéry). Le toucher intra-utérin après expulsion du premier fœtus redressera l'erreur.

Dans le cas de Rotureau (obs. 46 de Guéry), le fibrome suppuré fut pris pour *une grossesse extra-utérine avec fœtus mort et putrifié.*

On éliminera les rétentions placentaires pouvant simuler un abcès myomateux.

2° *En dehors de la grossesse.* — La suppuration du myome sera surtout confondue avec la torsion d'un fibrome, d'un kyste de l'ovaire, ou avec une salpingite.

La torsion des tumeurs pédiculées se manifeste par une douleur brusque, par des phénomènes péritonéaux intenses. La tumeur jusque là mobile, devient fixe. Cette torsion peut d'ailleurs être à l'origine d'une suppuration consécutive.

Les collections suppurées des annexes donnent lieu à des phénomènes douloureux avec réaction péritonéale. Seule, l'exploration soigneuse des culs-de-sac, l'absence de tumeur utérine, ou de signes de fibrome pourra permettre d'établir le diagnostic exact. Mais il ne faut pas oublier l'association fréquente de l'annexite et du fibrome suppuré rendant le diagnostic impossible.

En somme, soit pendant la grossesse, soit en dehors d'elle, aucun signe n'est vraiment pathognomonique de l'abcès myomateux. Sa rareté explique encore qu'on n'y pense qu'exceptionnellement.

PRONOSTIC

Le pronostic est donc grave. Sur nos cinq observations, on note deux morts. Laissé à son évolution naturelle, la mort sera le terme le plus fréquent de l'abcès myomateux soit par perforation, soit par péritonite.

Le pronostic opératoire est également grave, car on opère en milieu très infecté et souvent au milieu d'adhérences dont la rupture favorise la diffusion de l'infection.

Enfin, il semble en nous en rapportant à nos observations que le pronostic est plus grave pour les myômes suppurés pendant ou à la fin de la grossesse.

TRAITEMENT

Le traitement est purement chirurgical. Aussitôt le diagnostic posé, ou même soupçonné, il faut supprimer le fibrome et le pus qu'il contient. La simple incision de la poche (obs. I) paraît insuffisante.

Reste alors :

1° L'ablation simple du fibrome (obs. III).
2° L'hystérectomie (obs. IV, V).

L'*ablation simple* du fibrome pourra se faire lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur pédiculée soit sous-péritonéale, soit sous-muqueuse, à condition que les annexes et l'utérus soient sains. La section des fibromes sous-péritonéaux s'effectuera par la laparotomie. La section des fibromes sous-muqueux pourra se faire par voie vaginale. Quand il s'agit d'un fibrome interstitiel encapsulé on tentera l'*énucléation*. Ces interventions donneront des résultats quand l'abcès siègera au centre du myôme. Elles sont recommandées chez les femmes jeunes dont il y a intérêt à conserver les annexes et l'utérus.

Mais si l'abcès est volumineux, si l'utérus et les annexes sont baignées de pus, la seule intervention à recommander est l'*hystérectomie abdominale*.

L'opération est quelquefois pénible en raison des adhé-

rences avec les organes voisins. Il sera bon de drainer pendant quelques jours si on a ouvert une ou plusieurs poches suppurées.

Pendant la grossesse, la nécessité de provoquer l'accouchement se posera bien souvent et sera résolue par l'affirmative. L'évacuation de l'utérus sera suivie d'un traitement chirurgical analogue à celui que nous venons d'étudier pour les fibromes suppurées en dehors de la grossesse.

Les résultats dépendent de la précocité de l'intervention. Dans nos trois dernières observations où l'intervention fut précoce les résultats furent bons. Mais trop souvent les malades arrivent en état de véritable septicémie de sorte que la proportion des morts est considérable. Sur 22 hystérectomies rapportées par Guéry il y a eu 15 morts et 7 guérisons.

CONCLUSIONS

I. — La suppuration des myômes utérins est rare. Elle est causée soit par le streptocoque, soit par le staphylocoque, soit par le colibacille, soit même par certains anaérobies. L'accouchement et l'avortement constituent des causes favorisantes de premier ordre. Les relations de la tumeur avec des organes infectés, la présence d'un pédicule sont aussi des causes favorisantes non négligeables.

II. — L'infection gagne le myôme soit à partir de la cavité utérine infectée, soit en venant des annexes, de l'intestin. Elle peut être secondaire à une infection générale. Les microbes empruntent la voie vasculaire ou lymphatique.

III. — La suppuration débute dans certains cas au centre du fibrome. Ailleurs, elle commence par la capsule.

IV. — Le tableau clinique est surtout caractérisé par des signes fonctionnels intenses. Température élevée, pouls fréquent, altération rapide de l'état général, sans aucun signe physique pathognomonique de l'affection. Il s'agit le plus souvent d'un tableau de péritonite localisée apparaissant chez une malade connaissant ou non l'existence de sa tumeur, ou d'un tableau d'infection puerpérale lorsque l'abcès myomateux se forme chez une femme en état de grossesse.

V. — Le diagnostic est donc très difficile et sera rarement posé. Le pronostic est grave.

VI. — Le traitement est chirurgical. Il comprend : l'excision du fibrome ou son énucléation, ou l'hystérectomie.

L'excision ou l'énucléation seront indiquées dans le cas d'abcès centraux, limités. L'hystérectomie sera de mise dans tous les autres cas.

Les résultats dépendent de la précocité de l'intervention et par conséquent de l'état d'intoxication plus ou moins avancé de la malade.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie jusqu'en 1900 consulter la thèse de Guéry.

Delage et Gaujoux. — Sur la suppuration des fibromes de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, avril 1907, p. 591.

Guéry (Arthur). — Etude sur la suppuration des fibromyômes utérins. Th. Paris, 1900-01, n° 275.

Gross. — *Revue médicale de l'Est*, 1908, p. 479.

Guyosat. — Thèse de Lyon, 1899.

Hall. — Fibromes suppurés à la suite de l'accouchement. Surgery gynecology and obstetrics, t. VIII, n° 5, juin 1909.

De Martigny. — Fibrome utérin suppuré. *Union médicale du Canada*, 1er mai 1909, p. 286-291, n° 5.

Gœdlenger et Tilmant. — Fibrome purulent de l'utérus; mort par pyohémie. *Echo médical du Nord*.

Martin. — *Zeitschrift f. Gyn.*, 1876, t. XIV, n° 1, janvier 1910, p. 7-10.

Michon. — La suppuration des fibromes utérins. *La gynécologie*, t. XIX, n° 1, janvier 1910.

— et Auvray. — Volumineux fibrome kystique suppuré de l'utérus ayant évolué sans réaction locale. Société de chirurgie de Paris, 29 déc. 1909.

Morestin. — Société anatomique, oct. 1900.

Piquand. — La dégénérescence des fibro-myômes de l'utérus. Th. Paris, 1905.

Schumann. — Suppuration of a uterine fibroïd with unusual manifestation. *The American journal of obstetrics and diseases of women and children*, n° 3, t. LXI, mars 1910.

Vautrin, Gross, Michel, Hoche. — Enorme fibrome suppuré de l'utérus. Société de médecine de Nancy, 25 mars 1908.

Vineberg. — Fibrome utérin infecté post abortum; hystérectomie; guérison. Société d'obstétrique de New-York, 9 avril 1912, in *The american journal of obstetrics and diseases of women and children*, t. LXVI, n° 2, août 1912, p. 257-270.

Wester. — Text Book of diseases and women, 2e édition, 1907.

Hartmann et Mignot. — *Annales de gyn.*, 1896.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre:

Contribution à l'étude de la Suppuration des Myômes Utérins.

Par M. Douchan Lekitch.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 22 juillet 1922.

Le Professeur,

TÉDENAT.

Vu :

Montpellier, le 22 juillet 1922.

Le Doyen,

DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 22 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.